

Modul for revisjoner og tilsyn

Interne revisjoner - brukerveiledning



Revisjoner og tilsyn

Denne modulen benyttes som verktøy ved gjennomføring og oppfølging av revisjoner og tilsyn. Her registreres plan for gjennomføring, funn og tiltak som iverksettes. Det vil på denne måten enkelt kunne hentes ut rapporter som beskriver pågående og gjennomførte revisjoner/tilsyn og hvilke tiltak som er iverksatt.

Følgende registreres i modulen:

- **Interne revisjoner** som er initiert av Sørlandet sykehus HF på ulike områder av virksomheten. Interne revisjoner skal bidra til at SSHF når sine mål. Internrevisorene skal være uavhengige og objektive i sine vurderinger, unntatt ved klinisk revisjoner i ioniserende stråling, der revisjonen ledes av fagfeller og er tverrfaglige innenfor det fagområdet som skal revideres.
- **Konsernrevisjoner** som gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF.
- **Tilsyn** som gjennomføres av tilsynsmyndigheter som Statens helsetilsyn, Statsforvalteren, Direktoratet for sikkerhet og beredskap, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, Mattilsynet med flere.

Felles for revisjoner og tilsyn som skal registreres i modulen er at det foretas en gjennomgang av om virksomheten etterlever krav fastsatt i lover og forskrifter, oftest med fokus på helseforetakets styringssystem, det vil si de systemer som er etablert for å sikre at virksomheten og innholdet i tjenestene er i tråd med krav på det aktuelle området.

Hendelsesbaserte tilsynssaker hvor enkelthendelser undersøkes registreres og behandles i P360, og ikke i denne modulen.

Modul for revisjoner og tilsyn

Gå inn i Kvalitetsportalen

1. Gå til modul for revisjoner og tilsyn ved å velge menyunktet «Revisjoner og tilsyn», jf. bildet.

2. For å opprette ny revisjon/nytt tilsyn, velg aktuelt menyunkt i blått felt under «Ny oppføring» på venstre side.

3. For å arbeide videre med eksisterende revisjoner/tilsyn, velg aktuelt menyunkt i grønt felt under «Behandle».

KVALITETSPORTAL

1 SystemAdministrator Q Søk...

Kvalitetssystem EK-dokumenter Uønsket hendelse Risikovurdering **Revisjoner og tilsyn** Handlingsplaner Årskalender Informasjonssystemer Fagråd

Ny oppføring

Interne revisjoner

Konserrevisjoner

Tilsyn

Behandle

Interne revisjoner

Konserrevisjoner

Tilsyn

Mine saker

Revisjoner og tilsyn

Denne modulen benyttes som verktøy ved gjennomføring og oppfølging av revisjoner og tilsyn. Her registreres plan for gjennomføring, funn og tiltak som iverksettes. Det vil på denne måten enkelt kunne hentes ut rapporter som beskriver pågående og gjennomførte revisjoner/tilsyn og hvilke tiltak som er iverksatt.

Følgende registreres i modulen:

- **Interne revisjoner** som er initiert av Sørlandet sykehus HF på ulike områder av virksomheten. Interne revisjoner skal bidra til at SSHF når sine mål. Internrevisorene skal være uavhengige og objektive i sine vurderinger.
- **Konserrevisjoner** som gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF.
- **Tilsyn** som gjennomføres av tilsynsmyndigheter som Statens helsetilsyn, Fylkesmannen, DSB, Statens strålevern, Mattilsynet med flere.

Felles for revisjoner og tilsyn som skal registreres i modulen er at det foretas en gjennomgang av om virksomheten etterlever krav fastsatt i lover og forskrifter, oftest med fokus på helseforetakets styringssystem, det vil si de systemer som er etablert for å sikre at virksomheten og innholdet i tjenestene er i tråd med krav på det aktuelle området.

Hendelsesbaserte tilsynssaker hvor enkelthendelser undersøkes registreres og behandles i P360, og ikke i denne modulen.

Aktuelle lenker og dokumenter:

Bruerveiledning
[Retningslinje for håndtering av planlagte eksterne tilsyn og revisjoner](#)
[Retningslinje for gjennomføring av interrevisjoner](#)
[Overordnet interrevisjonsprogram](#)

Interne revisjoner

Opprett ny internrevisjon

1. Gi revisjonen en tittel.
 - Tittel bør være beskrivende for tema for revisjonen.
2. Definer hvilken avd/enhet som har ansvar for gjennomføring av revisjonen.
 - Plasser revisjonen i organisasjonstreet, (klinikk, avdeling eller enhet).

KVALITETSPORTAL

Per Søk... Dokumenter

Kvalitetssystem EK-dokumenter Uønsket hendelse Risikovurdering **Revisjoner og tilsyn** Handlingsplaner Årskalender Informasjonssystemer Fagråd

Under arbeid

Revisjon

Per Gunnar Waldal
Logg ut / Bytt bruker

Sørlandet sykehus

- ▶ Klinikk for psykisk helse
- ▶ Medisinsk serviceklinikk
- ▶ Prehospitaltjenester
- ▶ Somatikk Arendal
- ▶ Somatikk Flekkefjord
- ▶ Somatikk Kristiansand
- ▶ Stabsavdelinger
 - ▶ Fagavdelingen
 - Forskningsenheten
 - Kvalitet
 - Revisjonsgruppe
 - Smittevern
 - Enhet for samhandling
 - LMS
 - Medisinsk bibliotek
 - Traumeenheten
 - Beredskap
 - RK-PPO
 - Barns Beste
 - Nasjonalt flåttensenter

Liste Utvalg Rapporter

Ny Rediger Les Skriv ut Kopier til nytt Slett

Interne revisjoner Søk i listen...

Ref.nr	Tittel	Org. plassering	Initiert av	Revisjonsorgan	Revisjonsleder	Status	Dato opprettet
IR 2021/00	Nytt "Internrevisjon (2021)"	Sørlandet sykehus				Under arbeid	05.03.2021

Tittel 1

Skjema Internrevisjon (2021)

Org. plassering 2

- ▶ Sørlandet sykehus
 - ▶ Klinikk for psykisk helse
 - ▶ Medisinsk serviceklinikk
 - ▶ Prehospitaltjenester
 - ▶ Somatikk Arendal
 - ▶ Somatikk Flekkefjord
 - ▶ Somatikk Kristiansand
 - ▶ Stabsavdelinger

Opprett

Revisjonsgrunnlag

Eksempel på utfylling av felt i arkfanen «Revisjonsgrunnlag»:

1. Hvilke, prosedyrer, retningslinjer etc er grunnlag for revisjonen? Velg element ved å klikke på «grønn +» til høyre i bildet. Du kan her velge elementer fra hele EK-systemet.

2. I tillegg kan du referere til annen dokumentasjon og knytte til relevante vedlegg (tips: søk direkte på dok nr.)

Intern revisjon
IR 2020/010

Revisjonsdato: 18.09.2020
 Org. plassering: Medisinsk biokjemi, SSK
 Leder org. plassering: Brit Ingeborg Danielsen
 Begrenset tilgang

Tittel: Innkjøp, mottak og lagerrutiner
 Initiert av: Ikke valgt

Tiltaksgjennomføring
 Lagre

Beskrivelse
Revisjonsgrunnlag
Gjennomføring
Sjekkliste
Funn
Oppsummering
Tiltaksplan
Sluttkommentar
Sakslogg

Referanser
Legg til / fjern

Type	RefNr	Tittel	
Generelt dokument	II.MSK.MBio.2.3.1-15	Urinlab, info til bruk av fagbioingeniør, enhetsleder og superbruker. MedBio SSK	
Skjema	II.MSK.MBio.2.3.6-7	Skjema for lotskifter av reagenser og kontroller på AU680. Medbio, SSK	
Generelt dokument	II.MSK.MBio.2.3.6-8	AU680, arbeidsoppgaver og info til bruk av fagbioingeniør, enhetsleder og superbruker - Medbio SSK	
Prosedyre	II.MSK.MBio.2.4.1-7	Arbeidsplassbeskrivelse for fagleder blodgass, Pre- og Postanalytisk Enhet, Medbio SSK.	
Generelt dokument	II.MSK.MBio.2.4.10-7	Fagbioingeniør oppgaver PNA, Medbio SSK	
Skjema	II.MSK.MBio.2.4.7-17	Avfallshåndtering og reagensoversikt, Pre- og postanalytisk enhet, Medbio SSK	
Prosedyre	II.MSK.MBio.2.4.9-1	Kontorrutiner- Medbio SSK	
Retningslinje	II.MSK.MBio.2.3-2	Reagenser/ kjemikalier - Medbio SSK	
Prosedyre	II.MSK.MBio.1.E-2	Bestilling, mottak og lagerhold ved Medbio SSK	
Beredskap	II.MSK.MBio.2.1-2	Lagerbeholdning Enhet for automasjon. Hematologi, koagulasjon og HbA1c. Medbio SSK	
Generelt dokument	II.MSK.MBio.2.1.1-19	Reagenser og forbruksvarer Sysmex XN, Medbio SSK	
Skjema	II.MSK.MBio.2.1.2-6	Oversikt over reagenser, forbruksvarer, kontroller og kalibrator i bruk på STAR Max2. Medbio-SSK	
Generelt dokument	II.MSK.MBio.2.2-2	Vedlikehold av varelager, bestilling og mottak av varer. Enhet for automasjon. Klinisk kjemi og immunkjemi, Med bio SSK	
Prosedyre	II.MSK.MBio.2.1.3-8	Reagenser til manuell farging av blod- og beinmargstutstryk. Bruksløsninger, tillaging og avfallshåndtering, Medbio SSK	
Prosedyre	II.MSK.MBio.2.1.2-4	STAR Max2. Rutiner ved lotskifte reagenser og kontroller, Medbio-SSK.	
Generelt dokument	II.MSK.MBio.2.2.1-19	Test av nytt lot på reagenser- e-modul. Cobas 6000 Medbio SSK	

Andre referanser
Etterspurt dokumentasjon

NS-EN ISO 15189-2012

Vedlegg
Legg til / fjern

Navn	Størrelse	Lastet opp av
Bestillingsskjema ABL800 2020	30 KB	Ingunn Oline Gåsvær
Elektroforese, arbeidsoppgaver og info til bruk av fagbioingeniør, enhetsleder og superbruker	887 KB	Ingunn Oline Gåsvær
Fagbioingeniør oppgaver elektroforese, avfallshåndteringsskjema	866 KB	Ingunn Oline Gåsvær

Revisjonsvarsel

1. Ved utsendelse av revisjonsvarsel klikker du på e-post-ikonet i dokumenthodet.

2. Beskriv hva saken gjelder, tittel og innhold.

3. Søk etter mottaker.

4. Ta med en direkte link til beskrivelse av revisjonen.

5. Fra nedtrekksmenyen velger du «Revisjonsvarsel» som automatisk vedlegges meldingen.

Revisjon IR 2021/031

Revisjonsdato: 31
Org. plassering: Kvalitet
Leder org. plassering: Else Kristin Reitan
Begrenset tilgang

Tittel: Barn som pårørende
Initiert av: Stabsområde Fag Type: Journal-audit

Under arbeid Lagre

Beskrivelse Revisjonsgrunnlag Gjennomføring Sjekkliste Funn Oppsummering Tiltaksplan Sluttkommentar Sakslogg

Tema for revisjonen: Send epost om saken

Kartlegge status for dokumentere det art

Revisjonsteam
Revisjonsleder
Fag- / medrevisor
Medrevisorer

Observatør(er)

Interne deltakere

Send epost

Emne: Revisjonsvarsel

Melding: 2 Gjelder sak "IR 2021/031. Vedlagt følger varsel om revisjon for temaet "Barn som pårørende" i henhold til overordnet revisjonsplan 2021.

4 Ta med link til saken

Vedlegg

Legg ved rapport: - Ikke valgt -
Inkluder vedlegg: 5 Revisjonsrapport
Revisjonsvarsel
Sjekkliste
veig fra liste

Legg til mottaker

3 Søk etter brukere eller legg til epost Legg til

Mottakere:

	Til	Kopi	Blindkopi
<input type="checkbox"/> Medhjelper (Siren Wetrhus Knutsen)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Leder org. plassering (Else Kristin Reitan)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Melder (Siren Wetrhus Knutsen)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

gangspysykos

Arendal og

Etterspurt dokumentasjon

1. På arkfanen «Revisjonsgrunnlag» vil det fremgå hvilke dokumenter revisjonsteamet etterspør.

2. Disse lastes opp i modulen som Vedlegg på samme arkfane.

Revisjon IR 2021/024

Revisjonsdato: 30.08.2021
Org. plassering: Fagavdelingen
Leder org. plassering: Susanne Sørensen Hernes
Begrenset tilgang:

Tittel: Samlet - Legemiddelsamstemming ved inn- og utskriving av pasienter i sykehu
Initiert av: Stabsområde Fag Type: Internrevisjon

Under arbeid Lagre

Beskrivelse **Revisjonsgrunnlag** Gjennomføring Sjekkliste Funn Oppsummering Tiltaksplan Sluttkommentar Sakslogg

Referanser

Type	RefNr	Tittel
Generelt dokument	I.1.1.4.2-20	Samstemming av legemiddellister
Generelt dokument	I.3.4-30	Tiltakskort legemiddelsamstemming - innkomst, SSHF
Generelt dokument	I.3.4-31	Tiltakskort legemiddelsamstemming - utskriving, SSHF
Prosedyre	II.SOF.FEL-7	Samstemming av legemiddellistene SSF
Generelt dokument	II.KPH.2.5.2-38	Samstemming av legemiddellister og dokumentasjon av LiB ved døgnenheter i KPH
Generelt dokument	I.3.4-21	Legemiddelopplysninger ved innleggelse eller behandlingsstart - SSHF
Generelt dokument	I.3.4-20	Legemiddelopplysninger ved utskriving og avslutning av behandling, samt ved interne overflyttinger - SSHF

Andre referanser

- Lov om helsepersonell (med endringer) (LOV 1999-07-02)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)
- Forskrift om pasientjournal (FOR-2019-03-01-168, §6e)
- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (FOR-2008-04-03 nr.320)
- Rundskriv IS-7/2015 Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer.
- Tiltakspakke Samstemming av legemiddellister, IS-0455. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-23.
- Veileder om legemiddelhåndterinn 2015 – Helse Sør-Øst RHF

1 Etterspurt dokumentasjon

Intervju:
Dersom enheten har rutiner vedrørende legemiddelsamstemming som ikke er oppgitt i revisjonsgrunnlaget over, eller som er utenfor EK, ber vi om å få dette tilsendt innen utgangen av august 2021.

Befaring:
Legemiddelopplysninger i 5 tilfeldig journaler gjennomgås av revisjonsteamet. Man velger de 5 første epikrisene skrevet etter 20.august 2021. Enheten plukker dem ut og gir informasjon om

Vedlegg

Navn	Størrelse	Lastet opp av
Informasjon til klinikkdirektører og avdelingssjefer - Legemiddelrevisjon 2021	853 KB	Karin Drivenes
Revisjon samstemming - 2021	16 KB	Karin Drivenes

Gjennomføring

1. Revisjonsplanen viser tidspunkter for ulike aktiviteter, hvor møtet finner sted og hvem som deltar. Velg nytt punkt ved å klikke på «grønn +» til høyre i bildet.
2. Her kan revisjonsteamet gi informasjon om spesifikke behov ifb revisjonen (f.eks egnet/skjermet sted/rom, projektor tilgjengelig etc). Informasjon i dette feltet følger revisjonsvarselet.
3. Konkrete oppgaver kan tildeles aktuelle personer.

Intern revisjon **IR 2020/010** Revisjonsdato: 18.09.2020
 Org. plassering: Medisinsk biokjemi, SSK
 Leder org. plassering: Brit Ingeborg Danielsen
 Under arbeid
 Lagre

Beskrivelse Revisjonsgrunnlag **Gjennomføring** Sjekkliste Funn Oppsummering Tiltaksplan Sluttkommentar Sakslogg

1 **Revisjonsplan**

Dato	Tidspunkt	Møteform	Møtested	Deltakere
28.10.2020	11:00-13:00	Enhet for spesialenheter	Medisinsk møterom	Marit, Gunhild og Bente
26.10.2020	12:30- 13:00	Automasjon- Klinisk kjemi og immunkjemi	Lab møterom	Thomas, Jane, Susanne og Heidi
29.10.2020	09:00-09:40	Enhet for pre-post	Medisinsk møterom	Nils, Silvana, Anne Lill, Hege, Ulla,
03.11.2020	11:00-11:40	Enhetsmøte automasjon- Hematologi, koagulasjon, HbA1c.	Lab møterom	Eva Kjølås, Kristin Tronstad

2 **Informasjon og oppgaver til oppfølging**

Presentere funn til de enkelte enhetene.
 Tar gjennomgang av de funn som er avdekket etter dokumentasjonsgjennomgang vedr. det aktuelle temaet.

3 **Oppgaver**

Rediger rekkefølge Legg til

Tittel	Utfører	Frist	Status
--------	---------	-------	--------

Plan for revisjonsdagen

I forkant av revisjonen sendes det ut en plan for gjennomføring.

Denne sendes til alle som blir involvert på revisjonsdagen.

Plan for dagen vil fremkomme i en oppdatert versjon av dokumentet «Revisjonsvarsel».

Utsendelse beskrives i bilde 7 – Revisjonsvarsel.

NB! Ikke ta med lenke til saken.

Revisjon IR 2021/031

Revisjonsdato: 31
Org. plassering: Kvalitet
Leder org. plassering: Else Kristin Reitan
Begrenset tilgang

1

Tittel: Barn som pårørende
Initiert av: Stabsområde Fag Type: Journal-audit

Under arbeid Lagre

Send epost om saken

2

Send epost
Emne: IR 2021/031 Barn som pårørende
Melding: Gjelder sak "IR 2021/031 Barn som pårørende".
 Ta med link til saken

3

Legg til mottaker
Søk etter brukere eller legg til epost Legg til

Mottakere:

	Til / Kopi / Blindkopi
<input type="checkbox"/> Medhjelper (Siren Wetrhus Knutsen)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Leder org. plassering (Else Kristin Reitan)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Melder (Siren Wetrhus Knutsen)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

4

Vedlegg
Legg ved rapport: Ikke valgt -
Inkluder vedlegg: Revisjonsrapport, Revisjonsvarsel, Sjekkliste, Veig fra liste

Sjekkliste

1. På arkfanen «Sjekkliste» kan du lage deg en liste over spørsmål du har tenkt å stille til de som intervjues. Legg til nytt element ved å klikke på «grønn +» til høyre i bildet.

2. I feltet for verifikasjoner kan du notere deg hva du ønsker å kikke nærmere på i forhold til dokumentasjon.

Revisjon IR 2020/015

Tittel:

Initiert av:

Revisjonsdato:

Org. plassering:

Leder org. plassering:

Begrenset tilgang

Under arbeid

Lagre

Beskrivelse Revisjonsgrunnlag Gjennomføring **Sjekkliste** Funn Oppsummering Tiltaksplan Sluttkommentar Sakslogg

Spørsmål

Nr	Tittel	Utdypende spørsmålstekst	Referanse	Hvem
1	Finnes det gyldige prosedyrer	Finnes det gyldige prosedyrer angående blodprodukter som omfatter: 1. Bestilling og varemottak fra grossist? 2. Lagringsbetingelser? 3. Klagehåndtering og tilbakekallinger? 4. Bestilling fra avdeling	Vedlagte EK-dokumenter	Spørreskjema
2	Oppbevaringsforhold	• Hvor oppbevares blodproduktene? • Hyller/skuffer/skap/rom? • Frys/kjøøl? • Hvor ofte foretas holdbarhetskontroll av blodproduktene? • Hvordan er systemet for renhold der blodproduktene oppbevares, og dokumenteres ev. renholdet?	1. Oppbevaring: I fryseskap, som står i rom med adgangskontroll Back-up frysebokser (2 stk), som er låst. 2. Holdbarhetskontroll: Ukentlig lager telling ut fra lager i Prosang, blodbankens IKT-system. Månedlig lager telling for vurdering av innkjøp. 3. Renhold: Oppbevares i forpakning. Årlig avising og rengjør iht. til oppsatt plan.	Spørreskjema
3	Temperaturkontroll	• Hvilke systemer brukes for temperaturkontroll av steder der blodprodukter oppbevares? • Avleses min/maks temperatur? • Hvordan dokumenteres en evt. slik kontroll?	1. System: Det er Boomerang temperaturovervåkingssystem som brukes til temperaturkontroll av de steder hvor blodprodukter oppbevares. 2. Min/maks temperatur: Temperaturen logger etter en angitt oppsette ut fra innholdet. For Octaplasma logges temperaturen. Det er angitt øvre og nedre alarmgrense som gjenspeiler ønsket temperaturnivå. Ved uttak av rapport vises maks, min og gjennomsnittstemperatur. 3. Dokumentasjon av kontroll: Hver alarm følges opp individuelt og oppfølging dokumenteres i temperaturovervåkingssystemet. Hvert målepunkt blir årlig kontrollert/kalibrert av medisinsk teknisk personell, rapport og tilsvarende i Medisinske Web og Informasjonssystemer.	Spørreskjema

Verifikasjoner

Funn

1. Funn som følge av revisjonen listes opp ved å klikke på «grønn +» til høyre i bildet.
2. Vedleggene refererer til relevante dokumenter.

Revisjon IR 2021/018

Tittel:

Initiert av: Type:

Revisjonsdato:

Org. plassering:

Leder org. plassering:

Begrenset tilgang

Beskrivelse
Revisjonsgrunnlag
Gjennomføring
Sjekkliste
Funn
Oppsummering
Tiltaksplan
Sluttkommentar
Sakslogg

Funnliste

Nr	Funn	Gradering	Org. plassering	Ansvarlig	Frist	Status
1	Bestilling og mottak	Avvik	Fagavdelingen	Per Gunnar Waldal		I arbeid
2	Reagenser til manuell farging av blod- og beinmargstryk	Anmerkning	Fagavdelingen	Per Gunnar Waldal		I arbeid
3	Arbeidsoppgaver og info til bruk	Forbedringspunkt	Fagavdelingen			Nytt

Vedlegg

Navn	Størrelse	Lastet opp av
Internkontroll	14 KB	Per Gunnar Waldal

Funn forts.

1. Det enkelte funn gis en tittel og kategoriseres etter alternativene i nedtrekksmenyen. Org. plassering definerer hvilken enhet som har ansvar for å følge opp dette funnet. Status endres i prosessen.

2. Beskriv hvorfor dette vurderes som et avvik/anmerkning/forbedringsforslag. Revisjonsteamet kan foreslå tiltak, og de setter frist for gjennomføring av tiltak, samt anfører hvilke lover/prosedyrer dette er relatert til.

3. Ett eller flere tiltak beskrives for det enkelte funn. Tiltakene kan plasseres organisatorisk i forhold til ansvar for oppfølging.

1

Funn 1

Tittel Org. plassering Status:

Kategori

2

Beskrivelse

Beskrivelse

Prosedyrene: "Vedlikehold av varelager, bestilling og mottak av varer. Enhet for automasjon. klinisk kjemi og immunkjemi, Med bio SSK" og "Oversikt over rutiner rundt Cobas 6000 Enhet for automasjon. Klinisk kjemi og immunkjemi, Med.bio SSK" beskriver hvem som har ansvar for bestilling av varer forskjellig.

Det er beskrevet rutiner for bestilling og mottak av reagenser og forbruksvarer rundt Cobas 6000, men ikke for Osmometeret

Hjemlet i lovverk

Hjemlet i SSHF-dokument

Anbefaling tiltak

Det bør tas en gjennomgang av prosedyrene med tanke på samsvar og nødvendigheten vedr. å beskrive samme oppgave to steder.
Det bør også tas en gjennomgang av prosedyrene for å se om krav beskrevet i ISO 15189-5.3.2.7 om reagenser og forbruksvarer, er ivaretatt.

Det bør tas en gjennomgang av forbruksvarer for Osmometeret for å se om noe skal nevnes.

Ansvarlig

Frist

Type	RefNr	Tittel
Prosedyre	II.MSK.MBio.1.E-2	Bestilling, mottak og lagerhold ved Medbio SSK

3

Tiltaksplan

Tiltak	Org. plassering	Saksbehandler	Frist	Status
Bestilling	Fagavdelingen	Siren Wethus Knutsen	19.05.2021	I arbeid
Mottak	Innkjøp	Per Gunnar Waldal	14.05.2021	I arbeid

Revisjonsrapport

1. Ved utsendelse av revisjonsrapporten klikker du på e-post-ikonet i dokumenthodet.

2. Beskriv hva saken gjelder, tittel og innhold.

3. Søk etter mottakere.

4. Ta med en direkte link til beskrivelse av revisjonen.

5. Fra nedtrekksmenyen velger du «Revisjonsrapport» som er en oppsummering og automatisk vedlegges meldingen.

Oppsummering

1. Revisjonsteamet gis her en mulighet til å oppsummere etter endt revisjon.
2. Leder for enheten som «eier» revisjonen kommenterer/bekrefter enighet om de funn som revisjonsteamet presenterer.

Revisjon **IR 2021/018**

Revisjonsdato: 30.04.2021
Org. plassering: TEST
Leder org. plassering: Testbruker 3
 Begrenset tilgang

Tittel: Innkjøp, mottak og lagerrutiner
Initiert av: Ikke valgt Type: Ikke valgt

Under arbeid

Lagre

Beskrivelse Revisjonsgrunnlag Gjennomføring Sjekkliste Funn **Oppsummering** Tiltaksplan Sluttkommentar Sakslogg

1

Deltakere / intervjuede

Oppsummering

2



Kommentar fra leder revidert enhet [+ Legg til](#)


Tiltak

1. Det enkelte tiltak plasseres organisatorisk i forhold til ansvar for oppfølging
2. Tiltakene gis en tittel og kan beskrives ytterligere.
3. Det oppnevnes en saksbehandler, og frist for gjennomføring av tiltaket kan defineres. Frist for evaluering kan settes.
4. Det kan tildeles oppgaver til aktuelle personer ved å klikke på «grønn +» til høyre i bildet.

1

Tiltak

Gjelder funn [Bestilling og mottak](#) Org. plassering  Status: 




2


Beskrivelse

Tiltakstittel


Beskrivelse (Hva skal gjøres)

3

Saksbehandler 


Frist 

Iversatt tiltak (Hva ble gjort)

Frist for evaluering 

4

Oppgaver

Titel	Utfører	Frist	Status
 Rediger rekkefølge  Legg til			

Tiltaksplan

1. Tiltaksplanen gir en samlet oversikt over funn og tiltak.

Her vises også bl.a. organisatorisk plassering, ansvar for oppfølging/saksbehandler, frister og status.

1

Revisjon **IR 2021/018**

Revisjonsdato: 30.04.2021
Org. plassering: TEST
Leder org. plassering: Testbruker 3
Begrenset tilgang:

Tittel: **Innkjøp, mottak og lagerrutiner**
Initiert av: Ikke valgt Type: Ikke valgt

Under arbeid

Lagre

Beskrivelse Revisjonsgrunnlag Gjennomføring Sjekkliste Funn Oppsummering **Tiltaksplan** Sluttkommentar Sakslogg

Funn som ble avdekket under tilsynet

Nr	Funn	Gradering	Org. plassering	Ansvarlig	Frist	Status
1	Bestilling og mottak	Avvik	Fagavdelingen	Per Gunnar Waldal		I arbeid
2	Reagenser til manuell farging av blod- og beinmargsutstryk	Anmerkning	Fagavdelingen	Per Gunnar Waldal		I arbeid
3	Arbeidsoppgaver og info til bruk	Forbedringspunkt	Fagavdelingen			Nytt

Tiltaksplan

Gjelder funn	Tiltak	Org. plassering	Saksbehandler	Frist	Status
1	Bestilling	Fagavdelingen	Siren Wetrhus Knutsen	19.05.2021	I arbeid
1	Mottak	Innkjøp	Per Gunnar Waldal	14.05.2021	I arbeid
2	Tiltak knyttet til anmerkning	Medisinsk biokjemi, SSK	Siren Wetrhus Knutsen		I arbeid

Sluttkommentar

1. Et fritekstfelt der revidert enhet (leder) gis mulighet for en endelig oppsummering eller sluttkommentar.

Revisjon **IR 2021/018**

Revisjonsdato: 30.04.2021

Org. plassering: TEST

Leder org. plassering: Testbruker 3

Initiert av: Ikke valgt Type: Ikke valgt

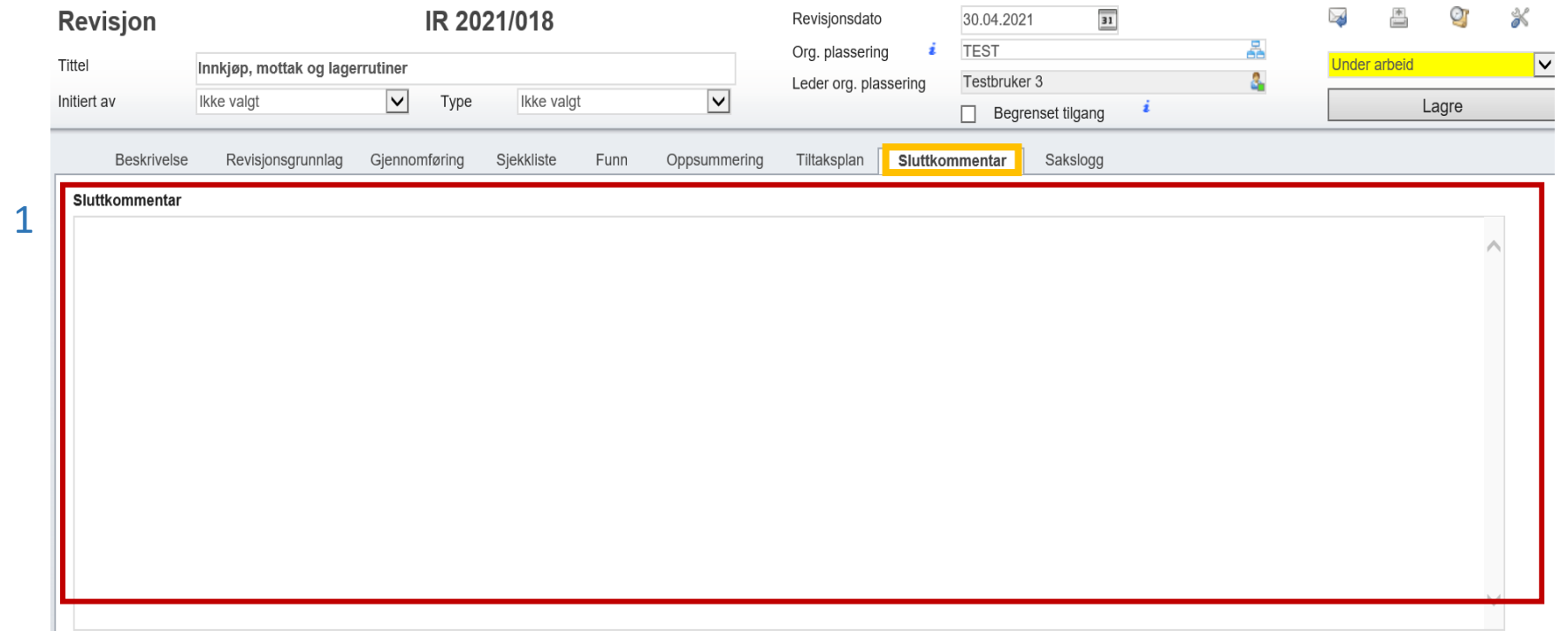
Begrenset tilgang

Under arbeid

Lagre

Beskrivelse Revisjonsgrunnlag Gjennomføring Sjekkliste Funn Oppsummering Tiltaksplan **Sluttkommentar** Sakslogg

1 Sluttkommentar



Sakslogg

Saksloggen er en mulighet til å dokumentere særskilte hendelser, beslutninger eller annet som har skjedd i løpet av den gjennomførte revisjonen. Nye loggpunkter legges til ved å klikke på «grønn +» til høyre i bildet.

Revisjon **IR 2021/018**

Revisjonsdato: 30.04.2021 31

Org. plassering: TEST

Leder org. plassering: Testbruker 3

Begrenset tilgang

Under arbeid

Lagre

Beskrivelse Revisjonsgrunnlag Gjennomføring Sjekkliste Funn Oppsummering Tiltaksplan Sluttkommentar **Sakslogg**

Sakslogg

+ Legg til